

# 介護老人保健施設エスポワール岬 健康診断書

※全項目のご記入をお願いします。

ふりがな				性別	明治・大正・昭和			感染性疾患	結核 検査日 . . . ( - ・ + )	HCV抗体 検査日 . . . ( - ・ + )	
氏名				男	年 月 日生( 歳)				梅毒 検査日 . . . ( - ・ + )	MRSA 検査日 . . . ( - ・ + )	
				女					電話 ( )	HBs抗原 検査日 . . . ( - ・ + )	疥癬 検査日 . . . ( - ・ + )
住所											
全身状態		身長	cm	体重	kg	BMI		( 有 ・ 無 )			
主病名				発症日			高次脳機能障害 (失語症含む) 所見	皮膚所見 (褥創・湿疹等)			
既往歴									聴力障害所見		
脈拍		回 整 ・ 不整		血圧				言語障害所見	視力障害所見		
胸部レントゲン所見 検査日 . . .	異常あり・異常なし [ ]			特記事項			精神状態所見	慢性中毒症状・精神症状・睡眠障害・問題行動等ありましたらご記入ください。  認知症状の有無(有・無) 有の場合の日常生活自立度：自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ			
心電図所見 検査日 . . .	異常あり・異常なし ※異常のある場合は コピーの添付をお願いします。 [ ]			特記事項							
血算  検査日 . . .	白血球			生化学  検査日 . . .	肝機能	GOT			現在の投薬状況		
	赤血球					GPT					
	ヘモグロビン					総コレステロール					
	ヘマトクリット					中性脂肪					
血小板			HDL-Cho								
			LDL-Cho								
尿  検査日 . . .	蛋白			腎機能	BUN			上記のとおり診断いたします。  平成 年 月 日  所在地 医療機関名  医師 <span style="float: right;">Ⓜ</span>			
	糖				クレアチニン						
	ウロビリノーゲン			代謝	アルブミン						
	ビリルビン				Na						
PH			Cl								
血糖(随時)	空腹時又は 後		h	K							
HbA1c	(糖尿病の方のみ)										